

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923. — N° 136

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'INVERSION UTERINE
EN DEHORS DE LA GROSSESSE

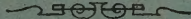
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le vendredi 20 juillet 1923

PAR

Pierre Yves Ernest DERENNES

Né à MARMANDE (Lot-et-Garonne), le 13 Juillet 1896 •



Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU,	professeur.	<i>Président</i>
		LAGRANGE,	professeur.	{ <i>Juges</i>
		CABANNES,	agrégé.	
		DUVERGEY,	agrégé.	

MARMANDE.
IMPRIMERIE E. DEMEAUX, RUE DE L'HÔPITAL
1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 136

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'INVERSION UTERINE
EN DEHORS DE LA GROSSESSE

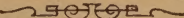
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le vendredi 20 juillet 1923

PAR

Pierre Yves Ernest DERENNES

Né à MARMANDE (Lot-et-Garonne), le 13 Juillet 1896



Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU,	professeur.	<i>Président</i>
		LAGRANGE,	professeur.	{ <i>Juges</i>
		CABANNES,	agrégé.	
		DUVERGEY,	agrégé.	

MARMANDE
IMPRIMERIE E. DEMAUX, RUE DE L'HÔPITAL

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires...	POUSSON.
Médecine légale et déontologie.....	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales...	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie....	SELLIER.
Pharmacie.....	DOUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	N. N.	Médecine générale.....	CREYX.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).	id.....	MICHELEAU.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale.....	ROCHER.
id.....	N.	id.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Pharmacie.....	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	RANGIER.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pathologie interne.....	CREYX.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Pathologie externe.....	PAPIN.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

Tu n'eus pendant de longues années, pour toute satisfaction que ma joie que tu faisais tienne et ma confiance en l'avenir aux jours de succès. Aussi, est-ce du fond du cœur que je t'offre cette thèse inaugurale, pieux hommage à ta chère mémoire.

A MON PÈRE

Les sacrifices auxquels tu as consenti, l'amour et le dévouement sans limites que tu n'as cessé de me prodiguer, m'ont permis de mener à bien la tâche que je m'étais fixée. C'est à toi seul que je dois ma réussite : toi, seul, en as tout l'honneur.

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES CAMARADES
TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE DOCTEUR F. VILLAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR PRINCETEAU

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au moment de soutenir notre thèse, de tourner une nouvelle page de notre vie, mille pensées se pressent dans notre esprit, différentes selon que nos regards se reportent en arrière ou qu'ils se tournent vers l'avenir. Derrière nous, déjà, que d'événements gais, douloureux ou tragiques. C'est, pour ne pas remonter plus haut, nos premières années d'étudiant, laborieuses quelquefois, bien souvent folles, notre travail interrompu par la plus effroyable des guerres, la dure existence des tranchées et, enfin, avec la paix, la reprise de nos études médicales et leur couronnement.

Nous connaissons les gaietés de la vie que nous quittons. Nos aînés, nos maîtres nous ont déjà dit les déceptions, les lourdes responsabilités de la carrière où nous entrons. Aussi, à l'heure de rompre avec ce passé si plein de charme, si doux par son contraste avec un avenir plein d'incertitude, nous ne pouvons que nous recueillir et nous rapprocher par le cœur de tous ceux qui nous aimèrent et nous firent ce que nous sommes.

Si notre bagage médical nous semble encore bien léger, notre art encore bien inexpérimenté, ce n'est pas que nous aient manqué l'enseignement fécond, les fortes et utiles leçons de nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux ; le blé semé par eux achèvera de germer. Aussi, nous nous faisons un devoir d'adresser ici à tous l'expression émue de notre gratitude. Ce fut un honneur pour nous d'avoir été leur élève.

Que M. le professeur Princeteau, chez qui nous n'avons trouvé que bienveillance et affabilité souriante, veuille bien croire à nos sentiments de vive reconnaissance pour l'honneur très grand qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

Nos remerciements ne sauraient oublier les maîtres qui ont bien voulu nous accueillir dans leur service ou leur consultation : MM. les professeurs Villar, Cassaët, Pousson, Sabrazès, Rivière, Denucé ; MM. les professeurs agrégés Rocher, Cabannes ; MM. les docteurs Bitot, Verdelet, médecins des Hôpitaux. Leur enseignement, leurs conseils ne seront pas oubliés.

Notre souvenir va à la mémoire de M. le docteur Dubourg, qui guida nos premiers pas en chirurgie.

Nous devons à M. le docteur René Villar, ancien chef de clinique chirurgicale, l'idée de ce modeste travail. Ses conseils précieux nous ont aidé et guidé dans sa réalisation. Qu'il veuille bien croire à notre reconnaissance et accepter tous nos remerciements pour sa bienveillante sollicitude jamais démentie à notre égard.

INTRODUCTION

Définition - Des divers degrés

L'inversion de l'utérus est le retournement de la matrice en doigt de gant, tel que le fond utérin déprimé en cupule descend dans la cavité ; il peut même pénétrer jusque dans le vagin et apparaître à l'extérieur, où il vient former une tumeur plus ou moins volumineuse.

L'inversion utérine est, heureusement, un accident assez rare. Or, si cette affection fut connue depuis les temps les plus reculés, on est frappé de ce fait qu'elle fut, jusqu'au début du XVII^e siècle, généralement confondue, d'une part, avec les descentes de matrice et, d'autre part, avec les polypes utérins, maladie si commune aujourd'hui et, cependant, à peu près méconnue des anciens. Il faut attendre Mauriceau, qui, le premier, va s'attacher à faire disparaître cette double confusion, et nous ne saurions trouver de meilleure description que celle qu'il donne dans une page magistrale de son *Traité des femmes grosses et accouchées* :

« La chute de la matrice la plus fâcheuse de toutes est celle
« qu'on nomme renversement ; pour lors, elle est non seulement
« tout à fait tombée dehors, mais son fond est ainsi renversé de
« telle façon qu'on le voit *sans orifice*, à cause qu'il est pareille-
« ment retourné. La matrice ainsi retournée semble n'être qu'un
« gros morceau de chair sanglante et comme une espèce de
« scrotum qui pend entre les cuisses de la femme ; et, ce qui
« est étonnant en cette rencontre, est qu'on voit la maison de l'enfant,
« qui est la matrice, sortir par la porte qui est son orifice externe. »

Il est à l'inversion utérine une série de degrés qu'il était nécessaire de classer. Les classiques nous apprennent que l'on peut envisager trois degrés d'inversion.

Dans le premier degré, ce que Mauriceau appelle « la dépression en cul de fiole », il n'y a qu'une légère saillie. Le fond utérin est légèrement déprimé de haut en bas, comme « le fond de la calotte d'un chapeau mou ».

Dans le deuxième degré, ou *inversion incomplète de Puzos, Levret ou Leroux*, la saillie est plus accentuée. Le fond de l'utérus bombe dans la cavité, sans toutefois la dépasser. Baudelocque indique comme ligne d'arrêt : « l'insertion du vagin autour du col. »

Dans le troisième degré, ou *inversion complète de Puzos, Levret ou Leroux*, l'utérus, ayant atteint la limite inférieure fixée par Baudelocque, fait saillie dans le vagin, l'entraîne à son tour, et, si la force de traction continue à agir, apparaît entre les grandes lèvres, de telle sorte qu'on a : la matrice retournée, son col réduit à un anneau plus ou moins saillant, puis un pédicule formé par le vagin retourné en partie ou en totalité.

Pour Pozzi, cette classification est purement théorique. Il estime que, cliniquement, il y a deux sortes d'inversion : *l'inversion simple* et *l'inversion avec prolapsus*.

Etiologie et Pathogénie

Normalement, l'utérus forme une cavité étroite, à parois épaisses, rigides. Pour que l'inversion puisse se produire, certaines conditions doivent se trouver réalisées :

« Il faut que l'utérus soit transformé en une poche à parois minces par le développement graduel d'un produit intérieur et » que cette poche se vide subitement de son contenu. » (Denucé)

Or ces conditions ne se trouvent réalisées que dans deux cas :

1° Soit dans la grossesse, au moment de la délivrance ;

2° Soit dans le cas d'une tumeur développée dans la cavité utérine et chassée de cette cavité.

Nous n'envisagerons, au cours de ce travail, que le deuxième cas, celui de l'inversion utérine provoquée par une tumeur, polype, fibrome, développée sur le fond utérin.

L'inversion de nature polypeuse est un fait rare, l'inversion, en général, étant elle-même une rareté.

Depaul écrivait, en 1879, que, depuis la fondation de la clinique d'accouchement à la Faculté de Paris, c'est-à-dire depuis dix-huit ans, ses élèves n'avaient jamais vu un renversement. Spiegelberg, cité par le même, nous dit que, sur 190.000 accouchements qui ont eu lieu à la grande maternité de Dublin depuis 1743, l'inversion n'avait été notée qu'une fois. Enfin, Termikœliantz, cité par Puech, nous apprend que cet accident ne s'est jamais produit à la maternité de Saint-Péterbourg pendant quarante-huit ans. En 1883, Crampton n'avait pu relever que 228 cas.

Ribemont, Desaigne et Lepage en citent 1 cas sur 200.000

accouchements ; Loracano et Lieven, 1 sur 188.000. D'après la statistique de Crosse, sur 400 cas d'inversion utérine, 50 pouvaient être attribués à des causes autres que l'accouchement. Denucé, dans ses notes, cite que, sur 100 cas, 88 sont dus à l'accouchement, 11 à des polypes et 1 au cancer. Ce dernier ne joue, on le voit, qu'un rôle restreint dans l'étiologie de cette affection.

L'inversion polypeuse ne représentant que le huitième et même le dixième de l'inversion en général, certains auteurs déclarent que c'est là une « éventualité exceptionnelle » (Pichévin). Or, Denucé, dans son traité, avait réuni un certain nombre de cas ; Delteil, en 1890, en cite 98 ; Pierrat, en 1913, en a réuni 40 ou 45 de plus, ce qui porterait entre 110 et 130 le nombre de cas connus et observés jusqu'ici. L'affection est donc rare, mais non point exceptionnelle.

Nous laisserons de côté *l'inversion opératoire*, qui apparaît lorsque, au cours d'une myomectomie, la traction exagérée, en tirant sur un polype, entraîne le fond de l'utérus. Ne gardons que le cas d'*inversion chronique* produite par un polype intra-utérin.

Pour Mathews Duncan, il existait deux modes pathogéniques d'inversion utérine : l'inversion passive, dans laquelle la paroi utérine reste inerte, soumise aux tractions ou aux pressions qu'elle subit, et l'inversion active, dans laquelle les contractions mêmes de la paroi sont la cause de leur propre inversion, suivant qu'elles agissent sur le polype ou bien, plus tard, sur le cône d'inversion déjà formé.

L'inversion opératoire est le type de l'inversion passive ; l'inversion chronique, celui de l'inversion active.

L'évolution est, on le conçoit, dans ce dernier cas, assez lente, et la forme de ces polypes assez spéciale. Décrits par Baudelocqué, Allan et Piet, ce sont des fibromes qui, d'une façon générale, font corps avec le fond de l'utérus. Encastrés, pour ainsi dire, dans le muscle utérin, ils émanent de fibro-myomes et d'adéno-myomes intersticiels. Ce sont des polypes *sessiles* ne se différenciant pas de la matrice par un long pédicule, mais, au contraire, se confondant avec elle par une large base, de telle

sorte que, par la vue et le toucher, on peut à peine reconnaître les deux tissus et, qu'en définitive, comme nous le verrons plus tard, on ne peut les distinguer que par leur différence de sensibilité. Ils forment avec l'utérus inversé une seule et même tumeur, sans ligne de démarcation apparente, et qui peut, à première vue, être facilement prise pour une grosse matrice en inversion.

Lorsque la tumeur, ayant acquis assez de volume, détermine des mouvements de contraction du muscle utérin, il se produit une véritable expulsion. Par une action de haut en bas, l'utérus s'efforce de chasser la tumeur intra-cavitaire. C'est donc du fait de l'évolution et de l'expulsion d'un polype que, en dehors de la grossesse, l'inversion utérine peut survenir.

Pour Jacquennier, la pathogénie de l'inversion serait différente. Disons, de suite, qu'elle nous paraît plus difficile à accepter. Pour lui, le vide et les muscles abdominaux, agissant seuls, seraient les deux facteurs du renversement de l'organe ; l'utérus inerte y resterait en grande partie étranger ; au contraire, le polype, sous l'action des muscles abdominaux, entraînerait avec lui l'utérus en le renversant « par un effet analogue à celui qu'on produirait en retirant du fond d'un cylindre membré de deux cloisons et imperméable à l'air un piston qui y ferait le vide. »

Pour Schültze, il paraît nécessaire qu'intervienne, en outre, une « certaine dilatation cavitaire de l'organe et un ramollissement de sa paroi. » L'on comprend que, pendant la première étape intra-utérine d'engagement du polype, peu à peu expulsé, ce dernier réalise, par enclavement intra-cervical, une obstruction intra-cavitaire, « comme font ces boules qui servent de clapet aux injecteurs à poire. » Cette obstruction du col favorise la rétention et la distension graduelle de la cavité. Sous cette action de rétention et de dilatation cavitaire, on comprend qu'il se produise un certain degré d'amincissement et de ramollissement pariétal favorable au retournement de l'utérus.

De plus, il est certain qu'au niveau du point d'implantation la

muqueuse utérine ne garde plus sa consistance normale. Scanzoni insiste sur la dégénérescence graisseuse de la paroi en ce point. Simpson invoque l'infiltration néoplasique, Mais, si le ramollissement de la paroi joue un rôle important dans le cas de fibromes sessiles, dans le cas de polypes finement pédiculés, cette action apparaît nettement secondaire. Des modifications générales de la paroi utérine, telles que sclérose, fibromatose interstitielle, doivent nécessairement intervenir. Mais il est infiniment probable qu'agissent aussi d'autres causes efficientes.

En effet, une autre condition, peut-être indispensable pour qu'il y ait inversion, c'est le point d'insertion fondale du polype qui doit se trouver dans les deux tiers supérieurs du fond de l'utérus. C'est, en effet, le seul moyen d'exercer facilement, par une traction continue et répétée sur le fond de l'organe, d'abord, une dépression des parois au point d'attache, une inversion ensuite. Il est évident qu'une implantation latérale est moins propice à cette action d'invagination. Si le point d'insertion se trouve sur la partie inférieure, c'est surtout l'organe tout entier qui sera abaissé ou, tout au plus, aura-t-on une légère dépression latérale.

« Je posai comme règle que, pour qu'une tumeur intra-utérine « pût provoquer l'inversion, elle devait naître au milieu du fond « de l'utérus et ensuite être sessile. » (Lombe Athil).

Causes prédisposantes à l'inversion

Nous passerons maintenant en revue les causes prédisposantes qui peuvent préparer ou rendre possible l'inversion. Ce sont, d'abord :

L'âge. — Les polypes sont surtout une affection de l'âge de la ménopause ou après (à l'inverse de ce qui se passe pour les inversions, suite d'accouchement). Ils commencent vers l'âge de 33 ou 40 ans et aboutissent rarement avant 50 ans à la production de l'accident qui nous occupe. La malade de Bosquette n'avait, cependant, que 40 ans, et Reamy cite un cas d'inversion utérine polypeuse chez une femme de 24 ans (Observ. VI).

Le volume. — Par le développement du polype, la cavité utérine est dilatée, ses parois amincies. Il joue, à l'intérieur de la cavité, le rôle de corps étranger et sollicite les contractions du muscle utérin.

Le poids du polype influe de même sur la production de l'inversion par la traction continuelle et incessante qu'il exerce. La marche, la station debout, les secousses augmentent encore cette influence. Les chocs répétés, quelquefois des chutes ou des coups, amènent des tiraillements incessants qui, joints au poids même du polype, finissent par créer des dispositions propres à la production de l'inversion.

La brièveté du pédicule paraît être aussi une cause prédisposante de l'inversion utérine. « Supposons un polype de 10 cm. de diamètre avec un pédicule de 1 cm. de hauteur. Si l'utérus se contracte au point de chasser le polype de sa cavité, la matrice qui, avant l'expulsion, présentait une cavité de 11 cm. de

« hauteur, voit, par le fait de l'expulsion, cette hauteur réduite
« à 1^{cm}, c'est-à-dire qu'elle se trouve soumise à un aplatisse-
« ment du pôle supérieur au pôle inférieur, qui implique une
« véritable dépression du fond ainsi élargi et ouvre la voie aux
« pressions abdominales, qui peuvent changer cette dépression
« en inversion proprement dite. »

Les accouchements antérieurs peuvent exercer une action qu'on ne saurait nier. Tous les tissus et, en particulier, les tissus génitaux subissent un relâchement et une véritable sclérose. L'organe se ramollit, la cavité utérine est distendue, provoquant l'hypertrophie du corps fibreux lui-même. Cependant la grossesse ne doit pas être une condition essentielle et Pozzi déclare que l'inversion utérine spontanée peut se produire chez les multipares.

Enfin, les hémorragies, les pertes répétées qui accompagnent ordinairement les polypes, amènent, à la longue, une anémie extrême, un affaiblissement des organes entraînant l'inertie de la matrice et la prédisposant à l'inversion.

Anatomie Pathologique

Nous examinerons, dans ce chapitre, les caractères anatomo-pathologiques que présente la matrice atteinte d'inversion.

Nous rappellerons, seulement, les *inversions aiguës récentes*. Elles sont toujours de nature puerpérale et, le plus souvent, fort graves et fatales. La malade meurt par hémorragie.

Ce qui nous intéresse, c'est la lésion que produit lentement le polype. Nous la constatons seulement longtemps après, lorsque, à la longue, épuisée et lassée, la malade, anémiée par les hémorragies et les pertes, va consulter le chirurgien.

Nous examinerons successivement les lésions portant sur le muscle, la séreuse et la muqueuse.

Dans les *inversions récentes*, on a une tumeur piriforme, de forme allongée, du volume d'une mandarine ou d'un œuf, qui occupe le fond du vagin. Sa surface est, généralement, tomentueuse, bosselée, irrégulière. Le tissu, qui n'a pas encore subi l'involution complète, est spongieux et vasculaire. Parfois, on peut voir, sur le fond inférieur, après examen attentif, deux petits orifices latéraux, très étroits, distants d'environ 2 cm. ; ce sont les ouvertures des trompes. La partie supérieure de la tumeur, d'aspect piriforme, « est sertie par l'anneau cervical. » Le col est aussi sorti « entre deux gouttières : l'une externe, « plus large, est formée par les culs de sac vaginaux ; l'autre « plus étroite, entre la tumeur et le col, forme un sillon dans lequel on peut faire pénétrer un stylet. En général, ce sillon « est plus profond en arrière qu'en avant. Sa profondeur est

« inversement proportionnelle au degré de l'inversion. » (Boursier).

Lorsqu'à la longue, l'inversion devient chronique, c'est-à-dire ancienne, la tumeur formée par l'utérus inversé subit des transformations qui lui donnent l'aspect et la consistance d'un polype fibreux (Pozzi). La portion utérine qui passe par l'orifice du col, comme à travers une filière, s'allonge et se rétrécit en conséquence et d'autant plus que le poids du polype exerce à son extrémité une action permanente. Cela explique la forme mince et allongée que prend l'utérus inversé, simulant le pédicule d'un polype et si souvent pris comme tel. Le bourrelet cervical a disparu. La tumeur est rouge et vilieuse ; macroscopiquement, elle est épaisse, dure, violacée.

Le muscle subit la dégénérescence fibreuse et conjonctive. La paroi utérine se sclérose lentement, remplaçant son élément noble contractile par du tissu cellulo-fibreux. Elle perd sa consistance élastique et prend une dureté spéciale, parcheminée, ligneuse. Quelquefois, l'induration est limitée à la partie cervicale et Fresson décrit « cette espèce d'anneau rigide formé par la partie non invertie du col. »

La séreuse présente un état inflammatoire chronique qui, à la longue, aboutit à la formation d'adhérences.

La muqueuse a pris les caractères extérieurs des cellules du vagin et des glandes. Son épithélium cylindrique devient pavimenteux, stratifié. A la longue on trouve des lésions d'endométrite parenchymateuse chronique (Schroder). L'élément épithélial est étouffé par la prolifération fibreuse. Les glandes disparaissent et l'infiltration leucocytaire est intense.

Quand l'inversion se complique de prolapsus (fait rare, rapporté, cependant, par Mac Clintock, Schroder, Barber, Andrews — soc. obstétr. de Londres 1903 — Forgues, Villar), on peut voir la surface externe de la tumeur, par suite du frottement et de l'irritation, devenir le siège d'ulcérations de cause mécanique. Elle devient suppurante et se sphacèle par le fait de la marche, le frottement des vêtements, la souillure de l'urine. La

muqueuse se cutanise par production à sa surface de couches d'épithélium pavimenteux. A l'extrémité de la tumeur siège enfin le fibrome, cause de l'inversion.

Il est évident que la sortie, hors de la cavité abdominale, de l'utérus fait un vide entre le rectum et la vessie. Si on regarde par la cavité péritonéale, on trouvera une cavité où peuvent s'engager le péritoine, l'extrémité interne des trompes et des ligaments larges et quelquefois les ovaires. Ceux-ci pénètrent, en effet, rarement, dans l'infundibulum de l'utérus inversé. Ils se rapprochent l'un de l'autre et forment au-dessus du col, avec les pavillons des trompes, un linguet que l'on peut parfois percevoir par le toucher combiné à la palpation.

On a parfois trouvé (Michalowski, Velpeau, Lisfranc), des anses intestinales engagées dans la cavité de l'utérus inversé. Dans une observation de Gérard, les anses s'engagèrent à travers le col, s'étranglèrent et causèrent la mort. Mais cette éventualité exceptionnelle doit surtout s'appliquer aux cas d'inversion puerpérale, où l'absence d'un utérus de capacité volumineuse offre une cavité beaucoup plus grande.

La vessie, tant que le col utérin n'est pas intéressé dans l'inversion, reste en place, mais dès que celui-ci se retourne, à son tour, le sommet de la vessie, qui lui adhère intimement, est attiré et plonge dans l'infundibulum. Lors d'une hystérectomie, on veillera donc à ne pas la blesser avec les ciseaux,

Modifications secondaires

Dans l'inversion chronique, on trouve des modifications secondaires qui peuvent, à la longue, devenir fort graves.

C'est, d'abord, l'irréductibilité de la tumeur. A la métrite succède la périmétrite, qui détermine l'adhérence entre la face séreuse de l'utérus et les organes sus-jacents entraînés dans la cavité (trompes, ovaires, anses intestinales).

Ensuite, la congestion intense, puis chronique, par suite de la constriction du col exercée sur le pédicule, l'augmentation de volume de la tumeur, occasionnent une gêne de la circulation

veineuse, La tumeur devient rouge, gangrenée, d'où, très souvent, hémorragies par déchire vasculaire.

Enfin, les irritations extérieures (marche), les contacts ambiants (vêtements, urine) peuvent déterminer la gangrène de l'utérus. Le pronostic se trouve singulièrement assombri. Deux cas peuvent alors se produire. Ou bien l'infection se propage à la séreuse, déterminant une péritonite mortelle, ou bien l'élimination se fait par gangrène. Mais ce dernier mode est exceptionnel et la guérison rare.

Symptomatologie

L'inversion polypeuse peut se produire de deux façons différentes. Tantôt, et c'est le cas le plus rare, malgré l'opinion de Delteil, elle se produit presque subitement. C'est *l'inversion polypeuse aiguë*. A la suite d'un effort, généralement, les douleurs s'exacerbent, deviennent déchirantes, remontent profondément dans l'abdomen. La malade a l'impression qu'elle accouche et, de fait, il se produit un véritable accouchement : l'utérus expulse son fibrome et le suit « comme la personne qui voulant en jeter une autre à l'eau y tombe avec elle. » (Auvard). Les hémorragies s'accroissent, deviennent plus graves, laissant la malade exsangue et sans force. (Observation III).

La forme plus fréquente d'inversion s'établit lentement, insidieusement, sans rien qui la fasse prévoir. La malade se plaint seulement de pertes plus abondantes, plus fréquentes, de douleurs plus vives. Elle présente des signes de compression plus accentués. C'est *l'inversion chronique*, celle qui nous occupe surtout dans ce travail.

« Les signes de l'inversion utérine, dit Delteil, sont nécessairement précédés des symptômes propres aux corps fibreux « simples. » L'inversion de nature polypeuse évolue comme seconde période dans un tableau pathologique où le fibrome constitue seul la première.

Si nous pratiquons l'examen d'une malade avant que l'inversion ne se soit produite, nous trouvons un utérus gros, de consistance ferme, à col normal ou légèrement déchiscent. La malade

présente des pertes rouges, plus ou moins abondantes, sous forme de ménorragies d'abord, de métrorragies ensuite ; dans l'intervalle, une leucorrhée plus ou moins odorante. Dans une inversion du troisième degré, coexistent des troubles nerveux, parfois très graves : douleurs siégeant à l'hypogastre ou dans les reins, élancements dans les membres inférieurs, troubles vésicaux (pollakiurie et dysurie).

En somme, « glaires, sang et douleurs », comme dit Forgues. Une fois l'inversion produite, soit selon le mode aigu, soit selon le mode chronique, ce qui frappe, c'est l'apparition, soit dans le vagin, soit entre les grandes lèvres, d'une tumeur plus ou moins volumineuse (certains disent de la grosseur d'une tête de fœtus), piriforme, s'insérant à la partie supérieure du vagin. Sa surface n'est point toujours, comme on l'a dit, tomenteuse, mais aussi, quelquefois, lisse et arrondie (voir observations de Villar, Forgues), de couleur blanc rosé, quelquefois rouge, humide, suintante et souvent rongée d'ulcères quand l'infection est apparue.

La tumeur se présente sous la forme de deux segments superposés, séparés par un étranglement ou un sillon. Le segment inférieur est le polype de volume variable. Le segment supérieur est composé par le fond de l'utérus et confondu avec le polype. Il pénètre par l'orifice du col qui l'étrangle et l'enserme. Comme nous l'avons vu plus haut, le sillon théorique est quelquefois très difficile à reconnaître par la vue. On l'appréciera avec beaucoup plus de netteté par le toucher. C'est l'*inversion du deuxième degré* ; les culs de sac sont normaux.

S'il s'agit d'une *inversion du premier degré*, on ne décèlera, par l'inspection et la palpation, qu'un polype simple ; le fond de l'utérus n'a pas encore franchi le col.

Dans l'*inversion du troisième degré* ou inversion complète, le col lui-même est inversé. Ce qui caractérise l'affection arrivée à ce degré, c'est que la tumeur est formée par trois segments au lieu de deux : le premier répond au polype, le second à l'utérus inversé, le troisième au vagin inversé. Le tout a l'aspect d'un long boudin,

de calibre régulier, s'évasant vers le haut. Ici, plus de col saillant, on sent seulement une induration à son niveau. Les culs de sac vaginaux sont effacés.

Telles sont les différentes formes que présentent les trois degrés d'inversion utérine. Mais il est d'autres signes qui aident à poser le diagnostic.

Tout d'abord, si l'on pratique, dans le premier et le deuxième degré, le cathétérisme de l'utérus, en introduisant un stylet entre le pédicule et le col, on constate, suivant que l'inversion est plus ou moins accentuée, une réduction et un effacement de la cavité utérine. « Le stylet s'enfonce généralement plus en arrière qu'en avant. »

L'utérus inversé serait aussi le siège d'une sensibilité spéciale. Pour certains même, ce serait là un signe pathognomonique (Sabatier, Denman, Denucé, Lombe Athil).

« Le polype est ordinairement indolent, au lieu que le fond de la matrice est doué d'un sentiment exquis. » (Levret).

« Je pense que le centre du fond de l'utérus est non seulement la partie la plus irritable, mais encore que c'est le centre d'où prend naissance l'action expulsive de l'utérus. » (Lombe Athil). Cette sensibilité, caractéristique pour beaucoup, n'existerait cependant pas pour certains auteurs (Polaillon, Legen, Delleil), qui en ont noté l'absence. Néanmoins, c'est un signe qu'on devra rechercher.

Enfin, on constatera, par le toucher combiné au palper hypogastrique, l'absence du corps utérin. Commun aux trois degrés d'inversion, ce signe est peut-être le plus important.

On le cherchera en introduisant un doigt dans le fond du vagin, en arrière de la tumeur. Avec la main abdominale, on ira à la recherche du doigt vaginal. S'il y a inversion, on ne sentira pas la masse de l'utérus entre les deux mains. A la palpation, la main, comme dit Baudelocque, « plonge dans une fosse » au-dessus du pubis.

Dans l'inversion du premier degré, le fond de l'utérus présente, au lieu d'un globe arrondi, une surface tronquée, creusée

en « cul de fiole » et « entourée d'un bourrelet saillant, presque « tranchant, facilement appréciable à travers la paroi abdominale. »

S'il s'agit d'une inversion du deuxième degré, cette dépression sera encore plus accentuée ; la main s'enfonce plus profondément. Le fond de l'utérus franchit le col et, du côté du vagin, le doigt circonscrit une tumeur arrondie et volumineuse qui émerge entre les lèvres déhiscentes du col.

Dans l'inversion du troisième degré, l'utérus est absent et le pelvis est vide.

Si la tumeur, trop volumineuse, gêne ou empêche l'introduction du doigt dans le vagin, on usera du toucher rectal, combiné au cathétérisme vésical. On aura la certitude que l'utérus a disparu, si la sonde, séparée seulement par de minces membranes, arrive au contact du doigt.

Diagnostic

Si le diagnostic d'inversion du premier degré n'a qu'une importance relative et passe souvent inaperçu, celui des deux autres degrés importe au plus haut point. Une erreur de diagnostic peut avoir des conséquences désastreuses. On croit trouver le pédicule d'un polype, on tombe sur le péritoine ; on sectionne l'artère utérine, on peut perforer une anse intestinale ; mais c'est là souvent un diagnostic bien délicat à faire.

Une inversion peut être confondue soit avec un cancer, soit avec un prolapsus, soit surtout avec un polype (Barnes, Gosselin, Lefort, Velpeau s'y sont trompés).

L'évolution, la forme de la tumeur, l'absence de pédicule, les antécédents serviront à éloigner, dans le premier cas, l'idée de néo.

Le prolapsus sera ordinairement facile à reconnaître, grâce à l'effacement des culs de sac vaginaux, la présence de l'orifice utérin et du col au sommet de la tumeur. Le cathétérisme indiquera la dimension souvent exagérée de l'utérus.

Le polype ressemble, au contraire, étrangement à l'inversion : la forme, le pédicule, les hémorragies, tout peut le faire confondre avec une inversion. Si le cathétérisme montrant l'effacement de la cavité utérine peut différencier le polype pédiculé simple d'avec l'inversion, il ne saurait servir au diagnostic de polype compliqué d'inversion. C'est là le point capital du diagnostic : le polype se complique-t-il d'inversion ?

Les caractères différentiels que nous avons indiqués plus haut et donnés comme classiques, peuvent souvent ou bien être ab-

sents ou bien mis en défaut. Le fibrome est blanc et bosselé, tandis que l'utérus est lisse et rose plus ou moins foncé. Ajoutons qu'à la pression, il est plus ferme et indolore. Or, nous voyons que, dans les cas rapportés par Forgues et Villar, le fibrome n'était pas bosselé, mais, au contraire, lisse. Une inversion ancienne peut prendre la couleur d'un utérus enflammé. La sensibilité particulière de la matrice, affirmée comme pathognomonique (Tillaux, Gosselin, Denucé, Guénot), peut manquer absolument (Leprévot, Berger, Polaillon). Enfin, la ligne de démarcation entre le fibrome et l'utérus, quand il y a inflammation, est souvent peu visible. Disons ici, cependant, que, dans le cas de Villar (Observation XVI), la ligne de démarcation entre le polype et la paroi utérine était nettement visible; mais il s'agissait d'un polype sphacélé et la ligne de démarcation existait très nette entre les parties gangrenées et la muqueuse utérine.

Le diagnostic est surtout difficile à établir dans les cas de tumeurs énormes oblitérant le vagin et rendant impossible l'examen du col. Dans le cas de polype plus petit, permettant l'exploration, si plusieurs symptômes manquent, la présence d'autres peut aider pour porter le diagnostic. Les choses sont simplifiées, mais les difficultés ne sont point écartées. Ainsi, la disparition absolue du col permettra de poser le diagnostic d'inversion complète. Si le col est conservé, on a habituellement recours au cathétérisme. Mais les renseignements donnés par l'hystéromètre peuvent souvent être faux: soit que la sonde s'enfonce à une hauteur normale dans une dépression du premier degré en « cul de fiole », (car il est des dépressions partielles qui ne diminuent ni la hauteur ni le volume du corps utérin), soit qu'elle s'enfonce moins sans qu'il y ait inversion, en venant buter ou contre le point d'implantation du polype ou une torsion de l'organe.

Le mode d'implantation de la tumeur dans une inversion aura aussi son importance. Dans le cas d'inversion, le pédicule est entouré d'une rainure circulaire. Dans le cas de polype, l'implantation est latérale, sur les côtés de la rainure,

La présence des orifices des trompes peut quelquefois être décelée. On cherchera à les cathétériser avec un crin de Florence. C'est alors un signe irréfutable en faveur de l'inversion. De plus, l'utérus retourné est en partie réductible (Sims, Baudelocque) ; le polype, au contraire, ne l'est nullement.

Rappelons, comme dernier signe, l'absence de l'utérus derrière le pubis, constatée par la palpation abdominale et le toucher vaginal. Cette exploration est parfois rendue peu commode, soit par des tumeurs énormes obstruant le vagin, soit par l'épaisseur ou la contraction de défense de la paroi abdominale. On pratiquera le toucher rectal, comme le firent Malgaigne et P. Dubois-Désormaux, combiné au cathétérisme de la vessie. Théoriquement excellent, ce moyen est souvent de peu d'efficacité : il suffit d'une faible portion d'utérus conservée pour arrêter le bec de la sonde avant son contact avec le doigt rectal.

Nous mentionnerons, enfin, l'hystéroscopie (David).

Peu répandue dans la pratique, elle pourra, parfois, donner d'utiles et précieux renseignements.

Relations de l'utérus avec les organes du bassin (intestin, vessie, rectum).

On comprend toute l'importance de ce diagnostic pour le choix du traitement.

Nous avons vu que l'intestin pouvait descendre dans l'utérus. Le fait est rare, mais il n'est pas impossible cependant. Il peut être adhérent ou libre dans l'infundibulum utérin. S'il est libre, en touchant le pédicule, on éveillera une douleur spéciale et on aura une sensation de mollesse particulière. Il se réduira avec un bruit de gargouillement caractéristique. « S'il est adhérent, nous dit Taste, on ne nous fera pas admettre qu'une anse (je ne dis pas étranglée, les signes seraient alors évidents) étant simplement soumise à des frottements répétés au dessus du péritoine, un peu de péritonite ne se produise pas et qu'il n'en résulte un ensemble de phénomènes permettant le diagnostic. »

Nous avouerons que cela nous semble peu précis et bien difficile à établir.

Ce n'est que dans une inversion du troisième degré avec prolapsus que nous trouverons intéressés la vessie et le rectum. Par le toucher rectal, on déterminera les rapports de l'utérus et de l'ampoule. Pour la vessie, on usera de la palpation hypogastrique et du cathétérisme.

Pronostic

L'inversion aiguë est souvent mortelle. La mort peut survenir soit par hémorragie, soit par shock nerveux.

L'inversion chronique est une affection toujours sérieuse. Elle tend à s'aggraver par les hémorragies, les leucorrhées, les douleurs, les adhérences qui s'établissent et entraînent l'irréductibilité. Cependant, dans les cas d'inversion chronique, une tolérance très grande peut s'établir. Le pronostic n'en demeure pas moins très réservé. La malade reste exposée à des accidents tardifs : gangrène de la tumeur et infection de la séreuse péritonéale. Rares sont les cas de réduction spontanée ou de guérison après gangrène.

« Cependant, lorsque l'inversion a été traitée à temps, l'utérus « reprend son fonctionnement normal. Les lésions de métrite, « constatées par Francesca Venturini sur une inversion de neuf « mois, sont assez légères pour qu'on comprenne le retour des « règles et les grossesses observées sur les malades de Barnes, « de Courty, de Sims, de Duret et de Tyler Smith. Celle de ce « dernier devint enceinte après avoir eu pendant onze années « l'utérus en inversion.

« Ces faits sont un sérieux argument en faveur des opérations « conservatrices. » (Labadie, Lagrave et ~~Logen~~).

Léguen

Traitement

L'inversion utérine de nature polypeuse est liée à une lésion durable de l'utérus. Elle est bien rarement capable de rétrocéder et il ne faut compter ni sur une réduction spontanée, ni sur une guérison par élimination par gangrène.

Si l'on peut noter parfois une tolérance assez grande et un fonctionnement relativement normal des organes malgré cette affection, on peut affirmer que les malades sont toujours en état d'équilibre instable. Un jour, sous une influence congestionnante quelconque, les hémorragies, les douleurs, les troubles peuvent s'aggraver et la malade rester infirme, si elle échappe à la gangrène ou à la péritonite.

On traitera l'inversion médicalement et chirurgicalement. Le traitement médical aura ici, surtout, une action palliative et temporaire. On ne le dédaignera pas, néanmoins, et il sera surtout utile pour relever l'état général de la malade avant qu'intervienne le traitement chirurgical.

On luttera contre l'infection par les lavages, les irrigations chaudes, abondantes et antiseptiques. Contre les hémorragies, on emploiera les injections chaudes et légèrement astringentes ; on pourra y ajouter l'eau oxygénée. On usera des hémostatiques généraux : chlorure de calcium, adrénaline, acide citrique. On ordonnera les hémostatiques gynécologiques : *hamamelis virginica*, *hydrastis canadensis*, *viburnum prunifolium*. La morphine calmera les douleurs ; on pourra prudemment essayer l'ergotine. Pour relever l'état général, on donnera la kola, le quinquina, l'arsenic, les amers. Les injections de sérum artifi-

ciel sous-cutané ou intra-veineux répareront les pertes sanguines causées par l'hémorragie.

Ce traitement, surtout préparatoire, une fois terminé, on aura recours au traitement chirurgical, qui reste vraiment le seul traitement radical de l'inversion. La cause en est le polype ; il faut la supprimer et, une fois supprimée, réduire l'inversion et la maintenir. Or, souvent, à cause de la rigidité de l'organe, de l'étroitesse et de la raideur du col qui enserrant le pédiculé, cette réduction et cette contention sont impossibles. Dans ce cas, l'ablation du polype s'accompagne de celle de l'utérus. On peut donc classer en deux groupes les méthodes de traitements chirurgicaux de l'inversion utérine :

1° Les méthodes conservatrices, dans lesquelles on extirpe les corps fibreux sous-muqueux ou interstitiels, avec conservation de l'utérus et des annexes et réduction de la matrice à sa position normale.

2° Les méthodes mutilatrices, où l'hystérectomie accompagne la myomectomie.

I. — MÉTHODES CONSERVATRICES

L'opération se passe, ici, en deux temps : dans le premier, on enlève le polype ; dans le second, on opère sa réduction.

a) ABLATION DU POLYPE.

De nombreuses méthodes ont été employées dans les polypectomies vaginales. Une des plus anciennes est la ligature du pédicule. On peut dire qu'elle fut un perfectionnement de la vieille méthode de l'*excision*. L'utérus, attiré à la vulve, est sectionné au bistouri ou au ciseau. Les vieux chirurgiens, qui luttèrent contre l'hémorragie, n'eurent qu'un but : trouver un procédé permettant d'oblitérer les artères et donner un accolement du péritoine avant la chute de l'organe. Par la ligature, ils répondaient au triple but, prévenir l'hémorragie, l'ouverture du péritoine, les résorptions septicémiques. Trois procédés de ligature obtinrent successivement la faveur des chirurgiens :

1° La ligature à pression unique ou fixe.

2° La ligature successive ou progressive.

3° La ligature élastique.

Nous ferons à cette méthode l'objection d'être d'abord aveugle, en ce sens qu'on ignore souvent exactement l'endroit où porte la ligature et qu'on ne sait si une portion de l'intestin ne se trouve pas incluse dans l'infundibulum de l'utérus.

La ligature est, ensuite, douloureuse et lente. Il faut être sûr, avant d'exciser, que la ligature a mordu sur les tissus et qu'elle ne peut pas glisser. Le moignon du col sphacélé risque d'infecter le péritoine, si les adhérences ne sont pas parfaites. Denucé rapporte trois observations (Watkinson, Meerhold et Velpeau) où la ligature suivie d'excision entraîna la mort.

Enfin, c'est une méthode qui n'est plus de notre temps et n'appartient pas au cadre de la chirurgie moderne.

L'Ecraseur linéaire de Chassaigne, le Constricteur de Maisonneuve ont les inconvénients de la ligature sans en avoir les avantages.

Les méthodes de cautérisation par les caustiques, le thermocautère (Polaillon) ou le galvano-cautère n'ont pas sur les ciseaux, depuis que nous savons les aseptiser, une supériorité bien marquée. Ils ont causé plus de victimes qu'ils n'ont sauvé de malades.

Dans les cas simples de petits polypes, l'ablation est, en général, facile. La malade est anesthésiée, placée en position dorso-sacrée, et on prend toutes les précautions d'asepsie nécessaires. Le vagin est dilaté par des valves et des écarteurs. On dilatera le col dans les inversions du premier et du deuxième degré par des bougies de Hegar ou des tiges de laminaire ; au besoin, on fera le débridement latéral du museau de tanche. On saisit le polype avec des pinces à griffe et on l'abaisse le plus possible. On donnera au polype un mouvement de rotation sur son axe pour tordre le pédicule. « Au bout de deux ou trois jours, on « fait glisser sur le polype, jusqu'à l'insertion du pédicule, de « forts ciseaux courbés sur le plat et on commence à inciser le

« pédicule à petits coups en continuant la torsion. Celle-ci a un « double effet : elle aide au détachement du pédicule et elle « favorise l'hémostase. »

En cas d'hémorragies on aurait recours aux moyens habituels : injection intra-utérine très chaude, tamponnement, etc.

Lorsque le pédicule du polype ne peut être coupé au ras de son insertion, nous avons une opération parfaitement réglée qui convient admirablement aux cas d'inversion de nature polypeuse : c'est l'énucléation simple, méthodique ou avec morcellement. Par un palper soigneux, on recherchera la présence des fibromes interstitiels. Cette opération est relativement facile pour les polypes de petit volume et même pour les polypes volumineux prolabés à la vulve. Cependant, cette ablation peut offrir quelque difficulté, soit que la limite entre le fond de l'utérus et le fibrome soit peu nette, soit que la tumeur est bloquée dans le vagin. Dans ce cas, pour éviter d'enlever une portion d'utérus avec le fibrome, il conviendra de fendre la muqueuse et d'énucléer la tumeur. Parfois, il sera nécessaire de la morceler suivant la méthode de Segond. Dans le cas de l'inversion, la technique de ces opérations n'offre rien de particulier. Nous dirons seulement qu'elles sont souvent nécessaires avant de tenter une hystérectomie, soit vaginale, soit abdominale, pour débarrasser le vagin des tumeurs qui l'encombrent parfois.

b) RÉDUCTION

1° *Par pression continue.* — Le polype disparu de la cavité, il faut réduire l'utérus. Cette réduction se fait souvent spontanément. Le fond utérin n'étant plus attiré par le poids du fibrome, il remonte parfois sans aide, après l'énucléation, après un temps plus ou moins variable. L'utérus peut aussi rester inversé. Après l'ablation de plusieurs fibromes, sa paroi est mince, scléreuse en de nombreux points. Elle paraît avoir perdu toute élasticité. Schwartz conseille de toujours réduire la matrice et de ne pas attendre, bien qu'après l'ablation du polype les troubles aient

pu s'amender sans que l'inversion ait été réduite. Fresson recommande aussi de ne pas abandonner la malade tant que l'inversion n'est pas réduite. Il déclare, néanmoins, que si l'on se borne à attendre, le tamponnement vaginal antiseptique, renouvelé fréquemment, peut aider à la réduction. On tamponnera avec de longues bandes de gaze stérilisées ou légèrement iodoformées, larges de deux travers de doigt, tassées avec une certaine force autour de la tumeur (méthode préconisée par Kocks et, plus tard, par Barsony, en 1890. Cette méthode est commode parce qu'elle ne nécessite aucune instrumentation spéciale. Pozzi recommande de renouveler le tamponnement tous les deux ou trois jours avec le plus grand soin. La malade sera maintenue au repos horizontal pendant toute la durée du traitement. La liberté du ventre sera assurée par des lavements et, si la miction est difficile, on pratiquera régulièrement le cathétérisme.

Comme autres méthodes lentes par pression continue ont été aussi employés : les repoussoirs de Viardel, de White ; les pessaires à air (de Gariel) ou à eau ; le colpeurynter de Braun ou de Wetterlin ; le ballon de Champetier ; les repositories d'Avelin, de Duncan, de Barnes, d'un usage courant en Angleterre. Malgré les succès obtenus par Schroder et Hoffmeier, qui déclare ne les avoir jamais vu échouer, Fresson considère ces méthodes comme peu sûres, lentes et douloureuses. La pression exercée sur la paroi utérine peut en amener le sphacèle. Nous partageons son avis et ne pouvons mieux faire que de citer avec lui la conclusion de Pinard :

« Je considère tous ces instruments comme dangereux : la main et les doigts ont toujours suffi à un opérateur tant soit peu habile. »

2° *Manuelle simple ou avec débridement.* — On pourra se servir, pour opérer la réduction, d'un taxis prudent. Diverses méthodes ont été proposées : taxis par refoulement central de Viardel ; taxis par refoulement périphérique ; taxis par refoulement latéral (Denucé), dans lequel on cherchera à engager une corne utérine, puis l'autre. Le moment délicat de l'intervention dans

toutes ces manœuvres, est celui où il faut faire passer le fond de l'utérus à travers l'anneau du col. Nous n'y insisterons pas. Pate (1878), Courty (1881) ont essayé de réduire l'inversion par une pression abdominale de la main droite et deux doigts en crochet, introduits dans le rectum, fixant l'entonnoir d'inversion. Ces manœuvres ont été fréquemment couronnées de succès.

Dans le cas où on ne pourra amener la réduction de l'utérus par le taxis, on pourra pratiquer les débridements latéraux de l'hystérectomie cervico-vaginale, l'irréductibilité étant due à la présence d'un véritable anneau constricteur au niveau du col utérin. Barnes et Sims ont, les premiers, employé cette méthode. On débride par deux ou trois incisions longitudinales partant du museau de tanche et s'élevant le long du col, de manière à diviser les fibres musculaires de l'isthme. Il suffit ensuite de tamponner légèrement utérus et vagin, sans suturer les lèvres de la plaie.

3^e *Opératoire*. — Quand, par tous ces moyens, on ne pourra opérer la réduction, il faudra agir sur l'utérus après avoir pénétré dans la cavité péritonéale soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale.

Nous rappellerons seulement la réduction par voie abdominale de Gaillard-Thomas. Ce chirurgien, après avoir ouvert le ventre, procéda à la dilatation de l'anneau cervical à l'aide d'un dilateur analogue à l'instrument qui sert à élargir les doigts de gant, afin de pouvoir ensuite refouler l'utérus par le vagin. Il y eut perforation du vagin et hémorragie abondante ; mais la malade guérit. Cette pratique ne s'est pas généralisée.

Si l'on suppose que les incisions cervico-latérales de Barnes ne seront pas suffisantes pour réduire l'utérus sclérosé, on aura recours à la voie vaginale. C'est elle qui a fourni les résultats les plus satisfaisants. Nous citerons, d'abord, l'opération de Küstner, modifiée en colpo-hystérotomie postérieure. Vogel, en 1901, et Mauclaire, la même année, rapportent deux cas d'inversion polypeuse opérés ainsi avec succès par Dranitzin.

Voici la technique de cette opération. On incise transversale-

ment, par le vagin, le cul de sac de Douglas ; puis on introduit un doigt dans la cavité de l'inversion afin de l'explorer et de détruire les adhérences qui pourraient s'y trouver. On incise postérieurement et verticalement l'utérus à 2 cm. au-dessus de l'orifice externe du col. On retourne l'utérus, la face séreuse en dehors, dans le vagin même. On fait basculer l'utérus et on le remet en place à travers l'incision faite au cul de sac de Douglas ; l'on suture ensuite la plaie utérine, puis la brèche de Douglas.

Piccòli a modifié légèrement cette opération. Il fait l'incision médiane, postérieure, prolongée de haut en bas jusqu'au fond de l'organe. La technique reste autrement la même. « Cette opération ne fut exécutée sur le vivant que deux ans plus tard, « en 1896, par Morisani ; par Enrico Sava en 1897, et, enfin, « par Westermarck, de Stockholm. »

Le procédé de Kehrer ou colpo-hystérectomie antérieure, préconisé par Oui (au Congrès gynécologique de Nantes en 1904), dans les cas d'inversion post-partum, a été appliqué avec succès en 1901, par Gayet, à Lyon, dans un cas d'inversion de nature polypeuse. C'est le seul cas ayant été traité par cette méthode que nous ayons relevé (Observation XIV).

II. — LES HYSTÉRECTOMIES

On objectera qu'avec la facilité vraiment très grande de l'hystérectomie dans l'inversion, il est inutile de conserver un utérus en mauvais état et le plus souvent inutile chez des femmes au voisinage de la ménopause. Fresson écrit à ce sujet :

« La conservation de l'utérus a assurément beaucoup moins
« d'intérêt dans les cas d'inversion par fibrome que dans les cas
« d'inversion puerpérale. Celle-ci se produit, en effet, fréquem-
« ment chez des femmes d'un âge avancé, ou tout au moins
« appartenant à la fin de la période génitale active. Les lésions
« des parois sont complexes et l'ablation de l'organe est souvent
« la meilleure solution. »

Nous croyons que chacune des deux méthodes, réduction et

hystérectomie a son indication suivant la malade. Chez une femme encore jeune, à fibrome bien isolé, pouvant être facilement enlevé, si l'inversion est récente, la conservation de l'utérus est un devoir. Chez une femme âgée, présentant une inversion ancienne du 2^e ou du 3^e degré, à utérus dur et scléreux, on préférera l'hystérectomie aux opérations de Küstner ou de Kehrer qui, par leur gravité, dépassent le but poursuivi : conserver un organe mauvais et inutile chez une femme au moment de la ménopause.

Après ablation du fibrome, par morcellement si celui-ci est trop volumineux, on pratiquera donc l'hystérectomie soit vaginale, soit abdominale. Les procédés lents d'hystérectomie par oblitération des muqueuses utérines et du cul de sac péritonéal sont aujourd'hui abandonnés. Nous les rappelons seulement pour mémoire. Denucé, dans son admirable traité, les expose tout au long. Ecraseur linéaire, serre-nœuds, ablation précédée de ligature élastique, ^{en} ~~chaude~~ ^{ante}, sont déjà des méthodes archaïques et appartenant au passé. On ne les emploie plus.

Nous avons dit, à l'article ablation du polype, ce que nous pensions de la ligature. Seule la ligature élastique pourrait être retenue. Les noms de Courty (1874) et de Périer (1880) qui présenta à la Société de Chirurgie son serre-nœuds obviant au relâchement possible du lien élastique y sont attachés. La technique en est aisée et les résultats parfois excellents.

Ici, l'opération de choix est, aujourd'hui, l'hystérectomie vaginale. Après l'ablation du polype qui abaisse spontanément l'utérus, elle est d'une remarquable facilité. « Le mode technique « est celui de Secheyron qui emploie le procédé général de Péan.

« 4^e Hémostase préventive du corps utérin par deux pinces « latérales.

« 2^e Incision circulaire du col, à la limite des muqueuses « vaginale et utérine.

« 3^e Décollement en avant et en arrière de l'utérus. Perforation « des culs de sac péritonéaux.

« 4° Des pinces sont placées sur les parties latérales du col ;
« puis section au ras des pinces en commençant par un côté.

« Enucléation de l'utérus et pincement, puis section du ligament large de l'autre côté après excision de l'utérus. »

Les complications à éviter sont : d'abord l'hémorragie, puis la blessure de la vessie ou du rectum dans les cas de fibromes développés dans l'épaisseur de la paroi vagino-rectale ou vagino-vésicale. Enfin, on évitera la blessure de l'uretère, si l'on a soin de placer les pinces au ras du tissu utérin. La mort peut être causée par infection, hémorragie tardive, shock opératoire.

L'hystérectomie abdominale a été employée avec succès dans un cas d'inversion polypeuse, par Bösquetté, en 1911.

OBSERVATIONS

Observation I — AVRARD, *Gazette Médicale*, 1867, p. 369.

Inversion polypeuse chez une femme déjà opérée d'un premier polype par la ligature. Ecrasement du pédicule du corps fibreux. Aussitôt après, réduction de l'utérus par le taxis manuel. Infection intra-utérine. Guérison.

Observation II — SCHWARTZ, *Arch. für Gynæcologie*, 1878, t. XIII, p. 477 (Résumée).

Inversion par fibromes multiples. Hystérectomie. Avant l'excision de l'utérus, on fait sur le col trois sutures dirigées transversalement et analogues à celles dont on se sert pour lier le pédicule de l'ovaire. Il y eut trois artères à lier. Guérison en trois semaines.

Observation III — SCHWARTZ, *eodem loco*.

Femme de 61 ans, multipare, ayant toujours eu ses règles. A 50 ans, elles deviennent irrégulières et abondantes. En 1876, six mois avant l'opération, elle eut une perte plus abondante, en même temps qu'un corps charnu faisait irruption à la vulve.

Diag. : Inversion complète de l'utérus et du col par fibrome de la grosseur d'une noix. Ablation de la tumeur au bistouri. Tampon pour arrêter l'hémorragie pas très considérable. Depuis, état excellent. Guérison.

Observation IV — THOMAS, *Am. Journ. of. obst.*, 1879, p. 356, et in Denucé, p. 632.

Femme de 40 ans, cinq enfants. Métrorragies depuis trois

ans. Tumeur, de la grosseur d'une tomate, engagée dans le col au moment du premier examen, expulsée dans le vagin, à l'époque suivante. Sillon circulaire au milieu de la tumeur. On pose le diagnostic d'inversion polypeuse, bientôt confirmé par ce fait que, l'inversion, dont on était venu à bout par un taxis exercé pendant une demi-heure, se reproduisit quand la tumeur fut abandonnée à elle-même.

Opération : Tumeur attirée à la vulve et énucléée à l'aide d'une curette. Il n'y eut pas d'hémorragie et la réduction fut obtenue facilement par le taxis manuel.

Observation V — BARKER, *Am. Journal of. obst.*, 1881, et in Dénucé, p. 630.

Inversion légère par un polype. La tumeur est énucléée et l'utérus revient immédiatement sur lui-même en faisant un certain bruit.

Observation VI — REAMY, *Am. Journ. of. obst.*, 1881, p. 973.

Inversion polypeuse chez femme de 24 ans. Tumeur sessile. Application d'une chaîne d'écraseur que l'on place sur la portion de l'utérus inversé que l'on avait prise pour le pédicule. La chaîne se rompt au début de l'opération et l'erreur est reconnue. On a recours à l'énucléation qui est suivie de réduction spontanée.

Observation VII — TILLAUX, *Rev. de la Soc. de Chirurgie*, 29 mars 1882.

Corps fibreux avec prolapsus utérin formant une tumeur sortant de la vulve et présentant un sillon circulaire. L'opération fut faite au bistouri sans endormir la malade et la section pratiquée sur les parties indolentes. Réduction spontanée. Guérison en huit jours.

La limite de l'utérus et du corps fibreux était exactement au niveau du sillon qui séparait la tumeur en deux lobes.

Observation VIII — POLAILLON, *Bull. Soc. chirurg.*, 30 juillet 1885. (Résumée)

Femme de 43 ans. Polype entre les cuisses du volume de

deux poings avec un pédicule de 5 cm. dans le vagin. Le doigt trouve au fond du vagin une rainure qui entoure le point d'implantation du polype, mais pas de col utérin. Le toucher vaginal, combiné à la palpation hypogastrique, fait constater l'absence du corps de l'utérus entre les deux mains. Dans le but de prévenir l'ouverture de la séreuse péritonéale, la tumeur est sectionnée lentement au niveau de la vulve à l'aide du thermo-cautère. Néanmoins, l'accident se produit au niveau de l'axe du pédicule. Guérison sans péritonite, grâce sans doute à l'application du serre-nœuds à crémaillère et à traction élastique de Perier ; application qui fut faite au fond du vagin au moment de l'ouverture péritonéale et suivie de l'excision totale au thermo-cautère.

La malade, qui n'avait pas été endormie, ne souffrit pas assez au moment de la première application du thermo-cautère, pour qu'il fut possible de prévoir la perforation utérine qui allait se produire.

Observation IX — DELTEIL, *Thèse*, 1890 (Résumée).

Th. C..., 41 ans. Aucune maladie antérieure. Réglée à 12 ans. Menstruation régulière jusqu'à 39 ans. Cinq grossesses sans accident. Depuis trois mois, troubles de la menstruation, dysurie, constipation. A l'examen : tumeur occupant la cavité vaginale, arrondie, de coloration blanc rose, sans ulcération offrant tous les caractères d'un polype fibreux. Diag. : gros polype fibreux avec inversion. Enucléation. Réduction impossible, l'inversion paraissant ancienne ; aucune trace de sillon au niveau du col n'existe. Pansement et tamponnement maintenu très exactement. La réduction s'opère d'elle-même petit à petit. Drains et injection intra-utérine. La malade part guérie.

Observation X — LE BEC, *France Médicale*, 1890 (Résumée)

M^{lle} X..., 60 ans, nullipare. Ménopause à 43 ans, sans accident. A 45 ans, fortes coliques. La malade sent son utérus qui se déplace. A 52 ans, l'utérus se montre à la vulve et la chute devient complète. Métrorragies et pertes. A l'examen : Tumeur pendant entre les jambes, longue de 15 cm. environ ; grosse comme trois doigts, mais un peu excoriée à sa surface. La par-

tie terminale est constituée par une tumeur fibreuse du volume d'un petit abricot. Elle est dure, rose, mamelonnée et sessile. Elle se continue avec la matrice complètement retournée qui montre sa muqueuse rouge vif. Ensuite, se voit le vagin, séparé par un petit sillon qui masque l'insertion du col. Les lèvres du col sont complètement effacées. A la base de la tumeur, on peut reconnaître des cordons épais remontant dans le ventre et qui paraissent être les trompes et, plus haut, les ovaires qui fuient sous les doigts. Diagn. : Inversion totale de la matrice par petit fibrome inséré sur le fond de l'organe.

1^{er} mai : Hystérectomie par lien de caoutchouc enroulé deux fois au niveau du col. La masse est coupée aux ciseaux, le troisième jour, 1 cm. en avant de la ligature élastique. Le onzième jour, le fil élastique tomba sans accident. Guérison parfaite.

Examen de la pièce : La section a porté à l'union du col et du corps. Par la tranche de l'utérus déformé se voient les orifices des trompes allongés et hypertrophiés. Dans la partie concave est le péritoine parfaitement sain. Les ovaires n'ont pas été touchés. A l'extrémité, se trouve le fibrome, qui n'offre rien de particulier.

Observation XI — ARROU, *Gazette des Hôpitaux*, Paris 1891.

D..., 43 ans, cinq enfants, pas de fausses couches. Accidents remontant à deux ans. Douleurs gravatives dans la région lombaire : sensation de pesanteur, métrorragies abondantes, pertes et sérosité roussâtre, nauséabonde. Très anémiée. A l'examen, tumeur énorme, emplissant le vagin, irrégulière de forme et de consistance, arrondie ici, crevassée là ; dure par endroits, friable en d'autres. Diagn. : gros fibrome en partie sphacélé. Opérée, on se trouve en présence, pendant l'opération, d'une masse plus molle, facilement dépressible, constituant l'utérus inversé totalement. La réduction immédiate ne donna pas de résultat. On panse et tamponne à la gaze iodoformée. Réduction complète, à peu près brusque, au bout de vingt-cinq jours de lavage et de tamponnement appliqué directement sur la muqueuse mise à jour par l'inversion.

Observation XII — WRATSCH, *Revue Russe*. 1894, N° 26.

Malade, 32 ans. Entre à l'hôpital avec de vives douleurs dans le bas-ventre. Trois accouchements et deux fausses couches. Dernier accouchement à terme il y a un an. Se croit enceinte depuis cinq mois. Dès le début de cette grossesse, se montrent de vives douleurs abdominales. Trois jours avant l'entrée à l'hôpital, apparurent des métrorragies et des douleurs comme pendant l'accouchement. Avortement le même jour. Hémorragie post partum insignifiante et douleurs toujours violentes.

A l'examen, malade très anémiée. Pouls à 120, t. 38°7. La cavité vaginale est remplie d'une tumeur du volume du poing, rouge foncé, élastique, piriforme, à grosse extrémité dirigée en bas. La surface est irrégulière, ulcérée par place. Cette tumeur est étroitement liée à la partie supérieure du col de l'utérus qui l'enserme comme un anneau. Impossible d'introduire le doigt entre la tumeur et les parois du col. Au toucher bi-manuel ou rectal, on constate l'absence du corps de l'utérus dans la cavité pelvienne. Par la palpation abdominale, on sent, au-dessus du pubis, un creux en entonnoir.

Diag. : Inversion complète de l'utérus.

Quinze jours plus tard, s'est éliminée spontanément par le vagin une petite tumeur. A l'examen, on constate que le vagin est libre, la cavité cervicale était large de deux travers de doigt, le fond de l'utérus se trouvait au-dessus de l'orifice externe. On avait affaire à présent à une inversion du premier degré. La réduction fut facile.

La tumeur éliminée, du volume d'un œuf hémisphérique, était un fibrome qui était uni par sa base au fond de l'utérus d'une façon si intime qu'il était impossible de les distinguer l'un de l'autre. La malade est sortie guérie huit jours plus tard.

Observation XIII — VANDERLINDEN et DE BUCK, Gand 1896.

M^{lle} C..., 46 ans, régulièrement menstruée depuis l'âge de 15 ans. Entre à l'hôpital de Lokeren pour métrorragies continues et incontinence d'urine. Tumeur dure du volume de la tête d'un enfant qui fait bomber l'hymen et arrive à la vulve. Diag. : myome utérin s. muqueux pédiculé.

Ablation pratiquée le 22 août 1896. On enlève par morcelle-

ment une grande partie de la tumeur. On sentit alors les lèvres minces du col, appliquées sur un pédicule assez épais qui s'engageait vers le haut. L'opération est terminée par l'hystérectomie vaginale des restes du col. Pincés de Doyen à demeure.

La malade sort un mois après, guérie. Il fut impossible de distinguer après l'opération, par une variation dans la consistance, le muscle utérin de la tumeur proprement dite.

Observation XIV — GAYET, *Lyon Médical*, 1901.

Jeune fille de 22 ans. Inversion polypeuse de 13 mois. Douleurs, sang, leucorrhée. Tumeur vaginale rosée avec taches blanchâtres analogues à la leucoplasie buccale. On pratique le taxis et le tamponnement. Pas de résultat. On pratique la colpo-hystérotomie antérieure. Guérison parfaite.

Observation XV — PIERRAT, Montpellier, 1913.

Marie D..., 61 ans, blanchisseuse à Alais, entrée dans le service de M. le professeur Forgues, le 25 juin 1913 pour douleurs dans l'abdomen et les reins et pertes rouges, irrégulières.

Le *début de l'état actuel* est ancien. La malade, qui a fait à 46 ans une ménopause normale, a vu, cinq ans après (51 ans) des suintements rouges reparaitre en même temps qu'elle se plaignait de douleurs vagues dans le bas-ventre, sensation de pesanteur et tiraillement dans les reins.

A son entrée à l'hôpital, les pertes rouges sont peu abondantes et espacées; à peine M^{me} D..., accuse-t-elle quelques suintements sanglants survenant irrégulièrement après les efforts, les mouvements, la fatigue. Les pertes blanches sont abondantes, filantes, légèrement teintées en jaune, tachent et empêchent le linge. Les douleurs sourdes, continues, sous forme de tiraillement lombaire, sont exacerbées par la fatigue et s'irradient dans le membre inférieur gauche. Du côté des divers appareils, rien d'intéressant. Le cœur est bon, à peine ses bruits sont ils un peu assourdis et le pouls très légèrement irrégulier. La malade tousse un peu, mais n'a pas, à l'auscultation, de lésions pulmonaires.

A. H. Père mort d'apoplexie, mère morte suite de couches.

A. P. — Typhoïde à 22 ans. Trois accouchements normaux;

une fausse couche entre le deuxième et le troisième accouchement.

A l'examen, on trouve une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, à surface ulcérée, mais non végétante, de consistance ferme qui se prolonge par un pédicule large. L'examen de ce pédicule permet de constater qu'il n'est point encerclé par un anneau autour de sa base, comme c'est le cas d'un polype utérin accouché par le col. A ce col fait suite une masse un peu plus mollassse, un peu plus sensible qui, dans la région du pédicule, offre une coloration foncée.

On a l'explication de cette disposition au moment où la malade, étant placée en position gynécologique, on se dispose à l'ablation du polype. Il est manifeste, et le diagnostic en est porté par M. Forgues avant l'opération, que, sous la traction de la pince, amenant à la vulve le polype, l'utérus inversé totalement fait suite au pédicule,

Toutes les dispositions sont, en conséquence, prises pour une hystérectomie vaginale. Une incision circulaire, conduite dans le fond du vagin, tout autour de la partie basale de la masse, pénètre d'abord en avant transversalement à travers toute l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus complètement évaginé et arrive à la face séreuse de cette portion antérieure. On touche, dans la profondeur, l'autre face séreuse de la matrice éversée et l'on apprécie que les annexes ont été entraînées dans le doigt de gant que constitue l'utérus inversé. Agrandissant transversalement l'incision utérine, il est facile et rapide de placer avec l'aiguille courbe, en augmentant le prolapsus de la masse, deux ligatures solides sur les pédicules annexiels. On complète en arrière l'incision circulaire. Il est facile, alors, sous la traction de la pince à abaissement, de compléter la sortie de l'utérus éversé et de placer deux ligatures au niveau des utérines. L'examen de la pièce confirme le diagnostic.

Sous la traction progressive d'un fibrome utérin implanté dans la zone voisine du fond de l'organe, l'utérus s'est peu à peu évaginé au point qu'il est sorti totalement en s'éversant de l'orifice cervical ; qu'il s'est complètement retourné, de telle sorte qu'il n'existe pas autour de l'organe d'anneau cervical persistant.

Les suites opératoires ont été absolument bénignes. La malade est sortie guérie trois semaines après.

Observation XVI. — *Inversion utérine totale et polype fibreux sphacélé.* — F. VILLAR et R. VILLAR (1921).

M.^{ne} L... est admise d'urgence, le 22 février 1921, dans le service du professeur Villar pour des pertes fétides abondantes. Etat général déplorable ; pouls filiforme, cachexie très marquée, malade presque mourante, ne répondant pas aux questions qu'on lui pose ; pas de réaction péritonéale.

A la vulve, apparaît une tumeur du volume d'une mandarine, à surface convexe et lisse, d'aspect grisâtre, présentant des plaques ardoisées et donnant tout-à-fait l'impression d'une tête de fœtus mort et macéré. A la palpation, cette tumeur est rénitente. Elle remonte très profondément dans le vagin ; il est impossible d'aborder le col utérin. Au cours de l'examen, il s'écoule du vagin un liquide sanieux à odeur infecte.

L'intervention d'urgence est pratiquée par M. René Villar une demi-heure après l'entrée de la malade à l'hôpital. Etant donné la gravité de l'état général et le degré d'abattement de la patiente, on peut se passer d'anesthésie. Désinfection à la teinture d'iode de la tumeur vaginale, de la vulve et du vagin. La tumeur est saisie délicatement avec deux pinces de Museux et deux larges écarteurs sont placés dans le vagin. Cette tumeur se présente alors comme une grosse aubergine fixée dans la profondeur. On ne distingue pas nettement le col. Par contre, il est possible de délimiter dans la tumeur elle-même deux zones d'aspect très différent : l'une supérieure, relativement peu malade, rosée bien que légèrement grisâtre par places ; l'autre inférieure, sphacélée. On porte alors le diagnostic de polype utérin sphacélé avec inversion utérine consécutive. Le polype est abrasé en totalité au niveau même de la séparation des deux zones. On s'abstient de réduire l'inversion utérine. Suites opératoires inquiétantes pendant plusieurs jours. La malade part en bon état, le 26 mars 1921, conservant un certain degré d'inversion utérine.

Cette malade revient à l'hôpital, le 20 novembre 1921, pour un abcès froid de la cuisse gauche. Mais, comme elle accuse des

pertes blanches légèrement teintées de sang et qu'elle souffre du bas-ventre, l'attention est attirée de nouveau du côté des voies génitales. Par le toucher, on constate dans le vagin une tumeur pédiculée ressemblant à un battant de cloche ; le doigt peut en faire le tour, mais on ne perçoit pas de col franchement individualisé ; l'examen au spéculum confirme ces données. En raison de l'opération antérieurement pratiquée, il y avait lieu de se demander s'il s'agissait de la récidive d'un polype incomplètement réséqué, ou de l'existence d'un nouveau polype, ou plutôt de l'inversion utérine précédemment constatée. Cette dernière hypothèse est acceptée d'autant plus que le corps utérin ne se perçoit pas à sa place normale. L'intervention est décidée.

Cette deuxième opération, pratiquée par le professeur F. Villar, est ainsi conduite. La tumeur bombant dans le vagin est incisée à sa base. Cette incision est faite prudemment et à petits coups de bistouri. Après avoir traversé une couche de tissu dur et criant sous le couteau, on arrive bientôt dans une petite cavité allongée verticalement, lisse et brillante, contenant deux petits cordons arrondis qui ne sont autres que les ligaments ronds. Cette constatation permet d'affirmer qu'on se trouve en présence d'une inversion utérine. Hystérectomie totale. Les suites opératoires sont excellentes et la malade quitte l'hôpital définitivement débarrassée de son affection utérine.

Elle a été revue à plusieurs reprises depuis l'intervention. Guérison maintenue.

L'étude macroscopique et microscopique (Sabrazès) de la pièce confirme le diagnostic d'inversion utérine. Il s'agit d'un utérus de volume normal. La partie périphérique de la tumeur bombant dans le vagin est bien tapissée par l'endomètre alors qu'il existe une cavité centrale revêtue de péritoine et contenant la portion proximale des ligaments ronds. L'ostium utérin de chaque oviducte apparaît à la périphérie de la pièce, mais ne peut être que difficilement cathétérisé. Pas de lésions annexielles.

CONCLUSIONS

- I. — L'inversion utérine de nature polypeuse est rare, l'inversion étant elle-même une rareté. Elle s'observe surtout chez les femmes âgées,
- II. — Elle est due à un polype inséré sur le fond de l'organe et, le plus souvent, sessile. La dilatation cavitaires et le ramollissement des parois de l'organe précèdent l'expulsion du fibrome. L'utérus s'invagine à sa suite.
- III. — Les symptômes fonctionnels de l'inversion polypeuse se confondent avec ceux des polypes : « glaires, sang, douleurs. »
- IV. — Le diagnostic se fera surtout à l'aide des signes physiques. L'inversion du premier degré passe souvent inaperçue. La constatation d'une tumeur dans le vagin ou à la vulve, l'absence de l'utérus à sa place normale, la disposition des culs de sac vaginaux, l'aspect du col, l'hystérométrie, la sensibilité particulière de la muqueuse utérine, l'indolence du polype, la possibilité de cathétériser les trompes, aideront à porter le diagnostic.
- V. — Le traitement conservateur consistera en l'ablation simple, ou l'énucléation, ou le morcellement du polype

avec réduction de l'inversion. Cette réduction, contre-indiquée en cas d'infection, peut se produire spontanément ; mais, le plus souvent, il faut la provoquer soit manuellement (taxis), soit chirurgicalement (opérations de Küstner ou de Kehrer).

Le traitement radical est l'hystérectomie soit vaginale, soit abdominale. C'est souvent, d'ailleurs, le seul traitement applicable. On donnera la préférence à l'hystérectomie vaginale,

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

L. PRINCETEAU.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 19 Juin 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ARROU. — Diagnostic et Traitement des corps fibreux accompagnés d'inversion ulérine (*Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1891).
- AVRARD. — *Gazette Médicale*, 1867, page 369.
- BAR. — *Bulletin Soc. Obst. de Paris*, 1902. (Sur un nouveau cas d'inversion utérine).
- BARBER. — Case of inversion of the uterus with complete prolapse (*Lancet*, 1887).
- BARKER - *Am. Journ. of Obst.*, 1881.
- BAUDELOCQUE — *Rev. périod. Soc. méd. de Paris*, t.IV, p.108.
- BAYLY — *Thèse*, Bordeaux, 1910.
- BOSQUETTE — *Dauphiné Médical (Le)*, 1911, p. 183 (Polype fibreux de l'utérus compliqué d'inversion utérine totale. Hystérectomie abdominale).
- BOURSIER (A.) — *Traité de Gynécologie*.
- COURTY — *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1881.
- DELBET (P.) — Inversion utérine. *Traité de Chirurgie*.
- DELTEIL — *Thèse*, Paris, 1891.
- DENUCE — *Traité clinique sur l'Inversion utérine*.
- EMMET — A case of inversion of the uterus, occurring after the climacteric period, frons. a fibro cystic tumor situated at the fundus (*Am. Journ. of Obst.*, 1869).
- FAUCON — *Bull. Acad. méd. Royale Belge*, 1887.
- FAURE et SIREDEY — *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*.

- FRESSON — *Thèse*, Paris, 1902 (Traitement de l'inversion utérine).
- GAYET — Traitement de l'invers. utérine par la colpohystérotomie antérieure (*Lyon Médical*, p. 676).
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEN — *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*.
- LE BEC — Inversion totale de l'utérus, irréductibilité produite par fibrome. - Hystérectomie par un lien élastique. (*France Médicale*, 1890).
- LE DENTU et DELBET — *Traité de Gynécologie*.
- LOMBE ATHIL — *British Medical Journal*, 1908.
- MAC CLINTOCK — *Diseases of Women*, Dublin, 1869, p. 97.
- MAURICEAU — *Traité des femmes grosses et accouchées*, Paris, 1694. Livre III, chap. 6, p. 390.
- OLIVE — Corps fibreux ayant entraîné une inversion complète de l'utérus. (*France Médicale*, 1881).
- PIERRAT — *Thèse*, Montpellier, 1913.
- POLAILLON — *Bull. Soc. Chirurgicale*, 30 juillet 1885.
- POZZI — *Traité de Gynécologie*.
- PUECH — *Montpellier Médical*, 1892. - Archives de tocologie.
- REAMY — *Am. Journ. of Obst.*, 1881.
- RIBEMONT, DESAIGNES et LEPAGE. — *Traité d'obstétrique*.
- ROSSINES — *Thèse*, Lyon, 1893.
- SCHRODER — *Maladies des organes génitaux de la femme*, p. 274.
- SCHWARTZ — *Arch. für gynaekologie*, 1878.
- TASTES — *Thèse*, Lyon, 1897.
- THEOHARIDE — *Thèse*, Paris, 1913.
- THOMAS — *Am. Journal of Obst.*, 1879.
- THORN — Zur operativen Heilung der Inversion Uteri nebst einigen Bemerkungen zur ihrer Etiologie und forensischer Bedeutung (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1900, n° 25).

Zur Inversion Uteri Sammlung klinischer Verträge,
Leipzig, 1911.

TILLAX — *Revue Société de Chirurgie*, 1882.

VANDERLINDEN et DE BUCK — Notes sur un cas d'inversion
utérine par fibro-myome (*Bull. Acad. Royale de
Médecine de Bruxelles*).

VELPEAU et CHASSAIGNAC — *Bull. Soc. Anatomique*, 1833,
p. 113.

VELPEAU — *Gazette Médicale*, 1843.

WRATSCH — *Revue Russe*, 1894, n° 26.
